

## PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<https://repository.ubn.ru.nl/handle/2066/235122>

Please be advised that this information was generated on 2021-11-02 and may be subject to change.

# *Kies wijzer!*

AFSCHEIDSREDE DOOR PROF. DR. DIDI BRAAT

afsc  
heids-  
rede

Radboud Universiteit



**AFSCHEIDSREDE  
PROF. DR. DIDI BRAAT**



Als hoogleraar Voortplantingsgeneeskunde maakte Didi Braat zich sterk voor een grotere bewustwording van de gevaren van een uitgestelde kinderwens, want veel vrouwen weten niet dat de kans op zwangerschap afneemt naarmate ze ouder worden. Haar wetenschappe-

lijk onderzoek richtte zich op het voorkómen van complicaties van vruchtbaarheidsbehandelingen, vooral de meerlingzwangerschappen. Daarnaast deed ze onderzoek naar de oorzaken en behandelingen van mannelijke vruchtbaarheidsstoornissen en naar fertiliteitspreservatie bij meisjes en vrouwen met kanker.

Didi Braat is gynaecoloog en gespecialiseerd in de voortplantingsgeneeskunde. Ze promoveerde in 1992 aan de VU in Amsterdam. Daarna was zij achtereenvolgens hoofd IVF van het Dijkzigt Ziekenhuis, universitair hoofddocent Voortplantingsgeneeskunde en hoogleraar/afdelingshoofd Obstetrie & Gynaecologie, alsmede Voortplantingsgeneeskunde in het Radboudumc, waar ze ook opleider Obstetrie en Gynaecologie was. In 2011 ontving zij van de Jonge Specialist de landelijke Opleidingsprijs.

Braat was daarnaast o.a. voorzitter van het Stafconvent en het Instituut voor Waarborging van Kwaliteit en Veiligheid van het Radboudumc, vicevoorzitter van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg en lid van de Gezondheidsraad. Braat komt op voor de positie van vrouwen: in het Radboudumc richtte ze in 2007 het netwerk DIVAS (DIversiteitsbevordering door Vrouwelijke Academische Specialisten) op, waar ze tot 2016 voorzitter van was. Van 2007 tot 2020 was zij beschermvrouwe van de MFMV (Medische Faculteitsvereniging Nijmegen) en in 2020 werd zij benoemd tot erelid.

**Radboud Universiteit**



KIES WIJZER!



## **Kies wijzer!**

*Rede uitgesproken bij het afscheid van het ambt van hoogleraar Obstetrie & Gynaecologie alsmede Voortplantingsgeneeskunde aan de Faculteit der Medische Wetenschappen van de Radboud Universiteit/het Radboudumc op woensdag 23 juni 2021*

**door prof. dr. Didi Braat**

Opmaak en productie: Radboud Universiteit, Campus & Facilities, Post & Print  
Fotografie omslag: Bert Beelen  
Illustraties: Roel Seidell

© Prof. dr. Didi Braat, Nijmegen, 2021

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar worden gemaakt middels druk, fotokopie, microfilm, geluidsband of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de copyrighthouder.



*Mijnheer de rector, dames en heren,*

Terugkijkend op mijn carrière stel ik vast dat mijn belangrijkste drijfveren waren en zijn: mensen helpen hun dromen, idealen en ambities waar te maken, waarbij kwaliteit, vertrouwen en gelijkwaardigheid van mannen en vrouwen belangrijke kernwaarden zijn. En waarbij het steeds weer draait om het maken van keuzes, keuzes die vaak te maken hebben met een diepgewortelde kinderwens. Keuzes waar u misschien nooit bij hebt stilgestaan. Ik wil er hier zeven met u bespreken.

Maar eerst volgt nu het verhaal van Lara (31). Zij vertelt wat het met haar heeft gedaan dat ze, toen ze kanker kreeg op 20-jarige leeftijd, voor de keuze werd gesteld om vóór de start van de chemotherapie een eierstok te laten invriezen. 'Dat is de belangrijkste keuze uit mijn leven geweest.' Lara werd inderdaad onvruchtbaar door de vele chemotherapiënkuren en ook haar baarmoeder moest worden verwijderd. Na haar genezing heeft ze haar leven weer opgepakt. Ze trouwde en besloot samen met haar man om het ingevroren eierstokweefsel te laten terugplaatsen. En met succes, want na een aantal maanden produceerde ze weer haar eigen eicellen en konden er vier embryo's worden ingevroren. Dit kwam in 2018 aan de orde in het tv-programma *Hoe bevalt Nederland?*, gepresenteerd door Ria Bremer, en als reactie daarop meldde zich een draagmoeder die graag hun kindje wilde dragen. Negen maanden later werden zij vader en moeder van een gezonde zoon. Lara besluit met de opmerking dat zij vindt dat iedere jonge vrouw met kanker het recht heeft om deze keuze te maken. 'Deze mogelijkheid is cruciaal voor de kwaliteit van leven van jonge vrouwen met kanker.'

Wat ik mooi vind aan het verhaal van Lara, is dat zij laat zien hoe belangrijk haar toekomstige kinderwens was en wat het voor haar betekende om te kunnen kiezen voor het



verwijderen en invriezen van een eierstok. Deze behandeling was op dat moment, in 2009, nog experimenteel, en er zou in haar geval ook nog een draagmoeder voor nodig zijn. Lara heeft ons geleerd dat het belangrijk is dat iedere jonge vrouw met kanker recht heeft op een gesprek met een professional die verstand heeft van vruchtbaarheidsproblematiek, zodat zij een weloverwogen keuze kan maken betreffende de mogelijkheden op het gebied van fertiliteitspreservatie, dus het behoud van vruchtbaarheid voor de toekomst. Vroeger waren deze mogelijkheden er niet. Ze zijn te danken aan grote ontwikkelingen op het gebied van kunstmatige bevruchtingstechnieken. Dat brengt mij tot de eerste keuze: de keuze om te bepalen of, en zo ja wanneer, je zwanger wilt worden.



#### *Keuze 1: zwanger worden en zo ja, wanneer?*

Vroeger was alles op een bepaalde manier eenvoudiger. Je trouwde, of niet, en kreeg kinderen, of niet. Je had daarin geen keuze. Als het niet lukte om zwanger te worden, waren er weinig behandelmogelijkheden en moest je vaak berusten in het feit dat het jou niet gegund was.

Met de introductie van de anticonceptiepil begin jaren zestig, was seks niet meer automatisch gekoppeld aan zwanger worden. De introductie van IVF in 1978 heeft ertoe geleid dat langs deze weg zwanger worden helemaal los kwam te staan van seks. ICSI, een vorm van IVF waarbij per eicel slechts één zaadcel nodig is, maakte dat sinds 1992 ook mannen met heel slecht zaad genetisch eigen kinderen konden krijgen. En zelfs als er helemaal geen zaadcellen in de zaadlozing aanwezig waren, konden zaadcellen met behulp van de technieken MESA, PESA of TESE nu ook direct uit de bal of bijbal worden verkregen.

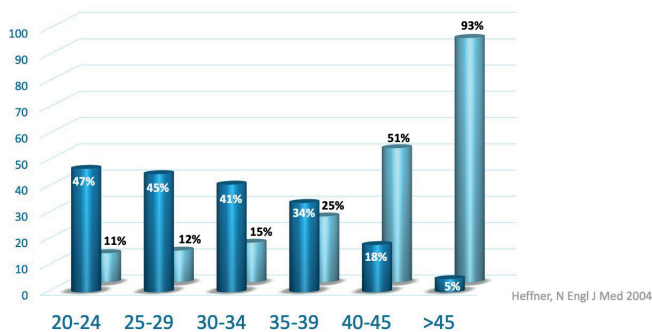
Dankzij IVF, ICSI en invriestechnieken werd het ook mogelijk om zwangerschappen te bewerkstelligen met donoreicellen, donorzaad of donorembryo's. Zo kunnen bij vrouwen die wel eierstokken hebben maar geen baarmoeder, embryo's ontstaan. Deze embryo's kunnen vervolgens in de baarmoeder van een draagmoeder worden geplaatst, zodat deze onvruchtbare vrouwen toch een genetisch eigen kind kunnen krijgen. Deze technieken bieden ook alleengaanden en paren van gelijk geslacht de mogelijkheid om kinderen te krijgen.

Het moge duidelijk zijn dat dit alles veel geluk heeft gebracht bij vrouwen en mannen met een onvervulde kinderwens. Daarnaast hebben deze technieken bijgedragen aan de ontwikkeling van nieuwe mogelijkheden voor vrouwen en mannen met een kinderwens in de toekomst, zoals Lara. De keerzijde van deze ontwikkelingen is echter dat er steeds weer nieuwe keuzes moeten worden gemaakt en de indruk kan worden gewekt dat het leven maakbaar is. Dat is echter niet altijd het geval, en dat kan tot teleurstelling en verdriet leiden.

*'Ik dacht dat zwanger worden altijd nog wel kon, tot een jaar of 45. En als het niet zou lukken, kon ik toch altijd nog IVF doen? Had ik maar eerder geweten wat ik nu weet...' vrouw, 43 jaar, geen kinderen*

Net als Lara weten veel vrouwen dat ze later moeder willen worden. Maar ze willen ook carrière maken, reizen, een vaste baan, een huis en, last but not least, een geschikte partner. Mede dankzij goede anticonceptie kunnen vrouwen het zwanger worden gemakkelijk voor zich uit schuiven. Ze gaan er onbewust van uit dat dat altijd nog kan. Helaas is dat niet zo.

## Vruchtbaarheid en kans op miskraam



Met het stijgen van de leeftijd van de vrouw neemt de kans op zwangerschap af en de kans op een miskraam toe, wat betekent dat paren meer tijd nodig hebben om zwanger te worden. Maar de biologische klok tikt door, waardoor zij vaak gebruik willen maken van kunstmatige voortplantingstechnieken. Eiceldonatie (waarbij de eicel afkomstig is van een andere, jongere vrouw) maakt de kans op zwangerschap groter, maar dit is niet wat de meeste paren voor ogen hadden toen ze besloten voor een zwangerschap te gaan.

Het zou wenselijk zijn om deze leeftijdgerelateerde dilemma's voor te zijn. Het is schrijnend om te merken dat het voor veel mensen nog altijd niet duidelijk is dat de kans op zwangerschap afneemt met het stijgen van de leeftijd van de vrouw. Veel, ook hoogopgeleide mensen gaan ervan uit dat een zwangerschap altijd nog wel mogelijk is, is het niet spontaan, dan toch wel via IVF, niet wetende dat ook voor IVF de leeftijd van de eicellen belangrijk is.

Uit de cijfers van Perined blijkt bovendien dat moeders ouder dan 35 en vooral ouder dan 40 jaar vaker te maken hebben met overgewicht, diabetes, hypertensie en pre-eclampsie. Dit heeft niet alleen effect op de morbiditeit en mortaliteit van de moeders, maar ook op die van de kinderen. Naast de grotere kans op een meerlingzwangerschap na een vruchtbaarheidsbehandeling neemt de kans op een meerling bij een spontaan ontstane zwangerschap ook toe met de leeftijd, en dat maakt de eerdergenoemde risico's voor moeder en kind alleen nog maar groter.

#### VOORLICHTING

Er is dus betere voorlichting nodig. Al in 2007 riepen we hiertoe op vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, waar ik destijds vicevoorzitter was. In het signalement *Uitstel van ouderschap* vroegen we de overheid om samen met sociale partners beleid te creëren om het 'op tijd' krijgen van kinderen makkelijker te maken. Helaas moeten we constateren dat dit nog onvoldoende is gelukt. Integendeel, de gemiddelde leeftijd van de moeder bij de geboorte van het eerste kind neemt in Nederland nog steeds toe. In 2019 was dat 30 jaar.

Om de bewustwording te vergroten is voorlichting dus nog steeds erg belangrijk, om te beginnen in het onderwijs. Het zou goed zijn als docenten in de onderbouw van het voortgezet onderwijs niet alleen SOA-preventie en anticonceptie bespreken, maar ook aandacht geven aan conceptie. Daarbij moet worden benadrukt dat naast leefstijlfactoren ook de leeftijd van de vrouw een belangrijke factor is bij het krijgen van gezonde kinderen. De docenten die ik hierover heb geraadpleegd herkennen dit manco. Ik hoop dan ook van harte dat deze tekortkoming in de volgende curriculumherziening wordt gecorrigeerd.

Daarnaast is er een rol weggelegd voor de huisarts, op het moment dat de anticonceptie ter sprake komt. Dat is een goed moment om met een vrouw te bespreken of er in de toekomst een kinderwens bestaat en om aan te geven wat de risico's zijn als zwanger worden te lang wordt uitgesteld. Uiteraard moet elke vrouw zelf beslissen of en wanneer

ze zwanger wil worden, maar ze moet zich realiseren dat dit een keuze is met voor- en nadelen. En uw inbreng, beste collega-huisartsen, is hierbij van groot belang! Naast voorlichting over de medische risico's is een goede balans tussen werk, opleiding en kinderen heel belangrijk. In deze coronatijd is duidelijk geworden dat thuiswerken veel vaker mogelijk is dan vroeger gedacht, maar ook dat dit staat of valt met goede afspraken met de werkgever en een goede kinderopvang. Met een eerlijke verdeling van de zorgtaken tussen beide ouders hebben vrouwen minder het gevoel er 'alleen voor te staan' en kunnen vaders bovendien een veel hechtere band opbouwen met hun kinderen. Het aanvullend geboorteverlof voor partners is ook een stap in de goede richting.

Alhoewel een betere balans tussen werk en privé zeker zal helpen, gaat het toch vooral om bewustwording van de risico's, zodat toekomstige ouders een afgewogen keuze kunnen maken om de kindervens al dan niet uit te stellen. Als dan de keuze is gemaakt om zwanger te willen worden, blijkt dat soms niet vanzelf te gaan en blijft ondanks alle huidige mogelijkheden de zo fel gekoesterde kindervens soms on vervuld. En dat brengt mij tot mijn tweede keuze: de keuze om te bepalen hoever je wilt gaan met behandelingen.



### *Keuze 2: hoever wil je gaan?*

Juist omdat er tegenwoordig altijd wel weer een nieuwe behandeling kan worden gestart, is het moeilijk om te besluiten dat je de behandeling wilt stoppen, of om überhaupt niet te beginnen met een behandeling, omdat dat niet goed voelt. Het is onze taak als professionals om onze patiënten te helpen deze keuze te maken. Daarbij moeten we vooral goed luisteren naar wat voor de patiënt en haar partner belangrijk is.

Wij hebben in ons team veel onderzoek gedaan op dit gebied. Chris Verhaak heeft laten zien dat één op de vier à vijf vrouwen zes maanden na de laatste mislukte IVF-be-

handeling tekenen van depressie vertoont en dat deze symptomen pas na twee jaar verdwijnen. Dit toont aan dat niet alleen tijdens vruchtbaarheidsbehandelingen, maar ook daarna de impact groot is. Het is een onzichtbaar rouwproces, iets wat nooit overgaat. Eerst word je geen vader en moeder, maar later ook geen opa en oma. Ik ben van mening dat de emotionele ondersteuning tijdens en na onze vruchtbaarheidsbehandelingen meer aandacht moet krijgen dan nu het geval is, niet alleen voor vrouwen, maar ook voor mannen. Om te illustreren wat het voor een man kan betekenen als de oorzaak bij hem ligt, volgt nu het verhaal van Vincent.

*Vincent vertelt wat het met hem deed toen zijn vriendin en hij probeerden zwanger te worden en dat niet lukte, waarna ze in een traject terechtkwamen. Toen hij hoorde dat het probleem bij hem lag, voelde hij zich schuldig ten opzichte van zijn vriendin en schaamde hij zich ook tegenover de buitenwereld. Hij wilde er in eerste instantie dan ook met niemand over praten. Maar door de emotionele druk heeft hij zijn schaamte opzijgezet en het met zijn directe familie besproken. Hij voelde zoveel steun en begrip dat hij er daarna ook met een aantal goede vrienden over sprak. Zijn vriendin en hij werden vanuit het Deventer Ziekenhuis doorverwezen naar het Radboudumc. Het TESE/ICSI-traject heeft hun twee fantastische kinderen gebracht. Maar Vincent geeft wel aan dat zij het hele traject als 'enorm pittig' hebben ervaren en dat hij nog vaak terugdenkt aan stellen die in een soortgelijk traject zaten.*

Wat mij raakt in het verhaal van Vincent, is dat het nog steeds een taboe is om als man te praten over je on vervulde kinderwens, en al helemaal als het aan jou ligt. Uit het schaarse onderzoek dat er is, blijkt dat mannen dit vaak ervaren als een enorme aantasting van hun identiteit, met zelfs twijfel over hun mannelijkheid. En daarom is het zo ontzettend belangrijk om onderzoek te blijven doen naar de emotionele aspecten voor vrouwen én mannen.

Daarnaast is onderzoek naar de technische mogelijkheden belangrijk, zoals bij Vincent de mogelijkheid van TESE. TESE is een ingreep waarbij bij mannen zonder zaadcellen in de zaadlozing, geprobeerd wordt om zaadcellen direct uit de bal te verkrijgen en in te vriezen. Dit lukt bij iets meer dan de helft van deze mannen; bij de rest is het dan einde oefening. Als er wel zaad wordt aangetroffen, wordt vervolgens bij hun partner een ICSI-behandeling verricht, gevolgd door een embryoplaatsing. Soms kunnen er dan ook overtollige embryo's worden ingevroren, waardoor de kans op zwangerschap groter wordt. De afgelopen twee jaar kreeg 60 procent van de paren in het Radboudumc een kind na zo'n ICSI-behandeling met TESE-zaad, maar dus ook 40 procent niet. Ook hier is er dus weer een keuze, mijn derde.



*Keuze 3: wordt het een tese-traject? of donorinseminatie? of adoptie? of kinderloos blijven?*

Dit zijn moeilijke keuzes, en als professionals hebben we de taak om paren uitgebreid te adviseren over alle mogelijkheden, met veel aandacht voor wat voor hén belangrijk is.

Ik ben er trots op dat wij sinds januari 2020 officieel erkend zijn als expertisecentrum voor mannelijke onvruchtbaarheid, als eerste in Nederland. Dit betekent een grote verantwoordelijkheid jegens onze patiënten: *Noblesse oblige!* Ik ben ervan overtuigd dat onze afdeling dit onder leiding van Liliana Ramos zal blijven waarmaken!



*Keuze 4: fertiliteitspreservatie?*

Mijn vierde keuze betreft de vraag of iemand al dan niet een vorm van fertiliteitspreservatie wil ondergaan. Zowel mannen als vrouwen kunnen geconfronteerd worden met de noodzaak van een vruchtbaarheidsbedreigende behandeling. Mannen hebben al meer dan een halve eeuw de mogelijkheid hun zaad te laten invriezen. Pas de laatste

decennia is het voor vrouwen mogelijk geworden om embryo's, en meer recent, ook eierstokweefsel of eicellen te laten invriezen.

Ik herinner me nog heel goed onze eerste patiënte, laat ik haar mevrouw Jansen noemen, eind jaren negentig. Mevrouw Jansen had leukemie, en door de chemotherapie en stamceltransplantatie die ze zou krijgen, was de kans op onvruchtbaarheid groot. Ze wilde graag een mogelijkheid houden op genetisch eigen nageslacht. Na uitgebreid overleg met mevrouw Jansen, haar partner en de hematoloog hebben we dit binnen ons multidisciplinaire team besproken. We besloten tot een spoed-IVF-behandeling. De IVF-procedure verliep zonder complicaties: er werden vijftien embryo's ingevroren, waarna de chemotherapie werd gestart. Een paar dagen later ontving ik dit kaartje:

*'Heel erg bedankt, dat er iemand is die nu al met ons wil meedenken over ons leven na de kanker, maakt dat we de komende periode vol vertrouwen tegemoet gaan.'*

Dit kaartje ontroerde mij en maakte mij bewust van de grote impact van fertiliteitspreservatie. En het motiveerde mij om door te gaan met het onderzoeken van de medische mogelijkheden van fertiliteitspreservatie. Ik wilde echter ook onderzoeken hoe we patiënten het beste kunnen helpen bij het maken van een keuze om dit wel of niet te doen. Een keuze die mensen in zeer korte tijd moeten maken, op een moment dat hun wereld stilstaat en ze wel iets anders aan hun hoofd hebben dan na te denken over een IVF-behandeling.

Ik ben er trots op dat wij met ons team, onder leiding van Ina Beerendonk als Principle Clinician, hebben gezorgd voor meer bewustwording bij zowel patiënten als professionals. En ik ben blij dat het inmiddels normaal is dat vrouwen met kanker vóór de start van de chemo naar ons worden verwezen voor een gesprek over de mogelijkheden van fertiliteitspreservatie.

De promotieonderzoeken van Özlem Baysal, Michelle van den Berg en Elleke van der Meij hebben ertoe geleid dat er nu, samen met patiënten, 24 keuzehulpen zijn ontwikkeld. Deze keuzehulpen voor verschillende soorten kanker vormen een leidraad voor patiënten en hun naasten, zodat ze de keuze voor al dan niet een vorm van fertiliteitspreservatie makkelijker kunnen maken. De eerste resultaten zijn veelbelovend!

Ik heb mevrouw Jansen recent weer gesproken. Het gaat goed met haar. Zij en haar partner hebben er uiteindelijk voor gekozen om zonder kinderen te blijven en de embryo's niet te laten terugplaatsen en ze niet langer te bewaren. Maar dat destijds de mogelijkheid tot invriezen van embryo's en terugplaatsing later werd opengehouden, voelt ook achteraf nog steeds goed.

Sinds 2006 is het mogelijk om ook eicellen op een veilige manier in te vriezen. Dit betekent dat ook vrouwen zonder (vaste) partner een IVF-behandeling kunnen ondergaan en eicellen kunnen laten invriezen voordat ze starten met een chemotherapie of bestraling. Dat brengt mij tot mijn vijfde keuze: de keuze om eicellen of embryo's te laten invriezen.





#### *Keuze 5: eicellen of embryo's laten invriezen?*

Als je een vaste relatie hebt, zou je dan niet beter embryo's kunnen laten invriezen in plaats van eicellen? Op dit moment gaan we ervan uit dat er per IVF-punctie gemiddeld tien eicellen kunnen worden ingevroren, met per eikel 5 procent kans op een zwangerschap later. Deze kans is groter naarmate de vrouw jonger is op het moment van invriezen. Als de eicellen na de punctie direct worden bevrucht, kunnen er gemiddeld vier embryo's worden ingevroren. De kans op een zwangerschap wordt daarmee iets groter geacht, aangezien er dan al embryo's zijn en de kans op zwangerschap per embryo 15 tot 20 procent is. Ook dit is afhankelijk van de leeftijd van de vrouw.

Embryo's zijn echter van beide partners, dus als de relatie eindigt, kun je als vrouw niets meer met die embryo's, tenzij je ex daar toestemming voor geeft. Ik zou u hartverscheurende voorbeelden kunnen geven van vrouwen die uiteindelijk ook bij de rechter geen gelijk kregen. Ook hier is er weer een dilemma: wat betekent het als je kiest voor eicellen in plaats van embryo's terwijl je heel gelukkig bent met je partner? Wat voor signaal geef je daarmee af?

Gelukkig merk ik dat veel vrouwen tegenwoordig kiezen voor het invriezen van eicellen, ook als ze in een gelukkige relatie zitten. Maar ik zie ook hoe moeilijk deze keuze voor sommige vrouwen is. Ik ben dan ook van mening dat wij de keuze voor eicellen of embryo's niet moeten overlaten aan de vrouw zelf, op een moment dat ze in zo'n moeilijke periode van haar leven zit. Nu steeds duidelijker wordt dat de kans op een zwangerschap later niet veel verschilt met het invriezen van embryo's, stel ik voor om altijd eicellen in te vriezen en daar alleen op indicatie, zoals dat bij elke richtlijn geldt, van af te wijken.

#### EIERSTOKWEEFSEL

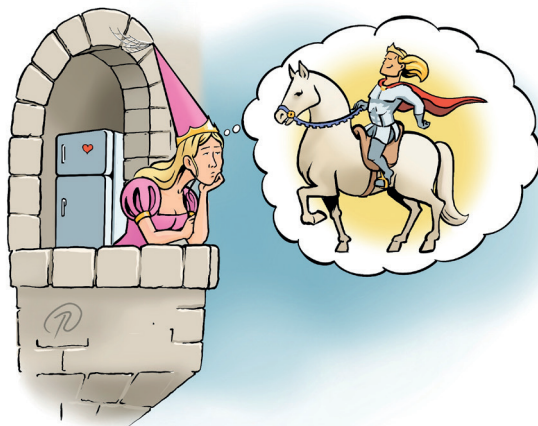
Soms hebben vrouwen die keuze niet, bijvoorbeeld omdat de kankerbehandeling niet uitgesteld kan worden, of omdat ze te jong zijn voor een IVF-behandeling. Wat we dan



wel kunnen doen, is via een kijkbuisoperatie een eierstok verwijderen, en die vervolgens in kleine stukjes invriezen, om dit weefsel later, na genezing van de kanker en als er sprake is van een kinderwens, weer terug te plaatsen.

Sinds het begin van deze eeuw gebeurt dit ook in Nederland en sinds 2009 (Lara was de eerste) ook in het Radboudumc. Inmiddels is hier van meer dan 240 meisjes en vrouwen eierstokweefsel ingevroren, niet alleen van onze eigen patiënten, maar ook van patiënten van elders, bij wie de eierstok in hun eigen ziekenhuis wordt verwijderd en vervolgens met een speciaal transport naar het Radboudumc wordt vervoerd.

In 2004 werd in Brussel de eerste baby geboren na een terugplaatsing van ingevroren eierstokweefsel. Sinds 2012 wordt dit ook in Nederland succesvol toegepast. Dat deze mogelijkheden ook weer tot nieuwe problemen kunnen leiden, bijvoorbeeld als je ook geen baarmoeder meer hebt, zagen we al bij Lara. Van 2014 tot 2016 mocht ik deel uitmaken van de Staatscommissie Herijking ouderschap. In ons rapport hebben wij voorgesteld om het huidige bemiddelingsverbod voor draagmoederschap aan te passen en organisaties en personen zonder winstoogmerk ontheffing te verlenen. Het is fijn dat er in dit kader recent stappen zijn gezet, zodat draagmoeders en wensouders elkaar in de toekomst onder voorwaarden kunnen vinden.



#### *Keuze 6: eicellen invriezen om niet-medische redenen?*

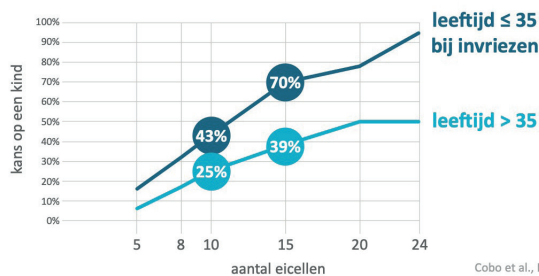
In 2014 kwamen Facebook en Google met het nieuws dat zij de kosten zouden vergoeden voor het invriezen van eicellen van hun vrouwelijke werknemers, zodat die eerst nog verder carrière konden maken alvorens te besluiten om zwanger te worden. Ik wil nog een keer benadrukken dat áls je zwanger wilt worden, ieder uitstel de kans op een uiteindelijke zwangerschap verkleint, dus ook als je op dat moment besluit een aantal IVF-behandelingen te ondergaan en eicellen te laten invriezen, in de hoop hiermee later nog een zwangerschap te bewerkstelligen. Het is immers geen garantie. Destijds vond ik

al dat met deze berichtgeving een verkeerd signaal werd afgegeven, namelijk dat het verkeerd is om tijdens het opbouwen van je carrière zwanger te worden. Dat vind ik nog steeds een verkeerd signaal, waarover later meer.

Inmiddels is er veel meer bekend over de redenen van vrouwen om hiervoor te kiezen zonder dat er een medische reden voor is. In tegenstelling tot wat algemeen wordt aangenomen, blijkt dat slechts 1 tot 2 procent van deze vrouwen haar carrière als reden noemt en dat meer dan 70 procent van de vrouwen die om niet-medische redenen hun eicellen laten invriezen, geen partner heeft. Deze vrouwen kiezen niet voor alleenstaand ouderschap via donorinseminatie, maar hopen de partner met wie ze een gezin willen stichten alsnog tegen te komen. Op dit moment blijkt dat slechts 9 tot 15 procent van de vrouwen die om niet-medische redenen hun eicellen laten invriezen uiteindelijk gebruikmaakt van deze ingevroren eicellen. Veel vrouwen worden alsnog spontaan zwanger, of ze besluiten niet meer zwanger te willen worden.

Ik vind het invriezen van eicellen een reële optie voor vrouwen zonder partner. Het creëren van een back-up kan rust geven en voorkomt het overhaast zoeken naar een geschikte partner, ook wel *panic partnering* genoemd. Ik realiseer me ook dat dit een moeilijke keuze kan zijn: in je eentje zwanger worden, eicellen invriezen of niets doen. En ook hier geldt het belang van goede voorlichting. Het moet glashelder zijn dat het invriezen van eicellen een intensieve behandeling is met – weliswaar kleine – risico's. De behandeling biedt geen garantie en de kans op succes later is sterk afhankelijk van de leeftijd op het moment van invriezen en het aantal ingevroren eicellen. Niet alleen de kwaliteit, maar ook het aantal eicellen neemt af met het stijgen van de leeftijd.

## Kans op kind bij gebruik van ingevroren eicellen



Deze grafiek laat zien dat de kans op een kind 43 procent was bij vrouwen die 35 jaar of jonger waren op het moment van invriezen van 10 eicellen, terwijl van de vrouwen ouder dan 35 jaar met 10 eicellen slechts 25 procent een kind kreeg. Als jonge vrouwen 15

eiellen hadden ingevroren, bedroeg de kans op een kind 70 procent, terwijl dit in de oudere groep slechts 39 procent was. Als je om deze reden besluit tot invriezen van eicellen, is het dus belangrijk om dit vóór het 36ste jaar te doen.

Ook hier geldt weer het belang van maatschappelijk bewustzijn van de relatie tussen de kans op zwangerschap en de leeftijd van de vrouw. Betere voorlichting is essentieel, voor vrouwen én mannen, want ook de rol van mannen bij het uitstellen van de komst van een kind moet niet worden onderschat. Ook deze voorlichting over het invriezen van eicellen zou niet mogen ontbreken in het nieuwe curriculum van de onderbouw van de middelbare school en bij de voorlichting door huisartsen.



#### *Keuze 7: welke prioriteiten stel je als aios?*

Ten slotte wil ik u meenemen naar de opleiding tot gynaecoloog, en daarmee presenteer ik ook mijn laatste voorbeeld van een keuze: de keuze om als aios (arts in opleiding tot specialist) niet alles tegelijk te willen. Toen ik in opleiding was tot gynaecoloog werd al duidelijk dat de kans op zwangerschap afnam met het stijgen van de leeftijd. Maar tegelijkertijd was het not done om zwanger te worden tijdens de opleiding. Je kon immers alleen maar een goede gynaecoloog worden als je fulltime – en dat was destijds 60 tot 80 uur – aanwezig was. Mannelijke collega's werden wel gewoon vader, hoewel zij ook fulltime aanwezig waren en dus weinig thuis. Professor Marlies Bongers was in 1989 in het VU-ziekenhuis de eerste assistent die het waagde om tijdens haar opleiding zwanger te worden. Ik stelde het uit tot na de opleiding, maar was wel zo verstandig om niet ook nog te wachten tot na mijn promotie. En ik heb het geluk gehad om twee prachtige kinderen te krijgen, de jongste vlak voor mijn veertigste verjaardag. Maar ik heb ook twee keer een miskraam gehad.

Ik was en ben van mening dat als vrouwen zwanger willen worden, ze dit niet te lang moeten uitstellen. En ik vind ook dat dit mogelijk moet zijn tijdens een opleiding tot medisch specialist en dus ook tijdens de opleiding tot gynaecoloog. Wij gynaecologen weten immers als geen ander dat de risico's voor moeder en kind met de leeftijd

toenemen. Maar ook dan moeten er keuzes worden gemaakt. Want het kan niet allemaal tegelijk: opleiding, kinderen, topsport, proefschrift enz.

Om na te gaan hoe dit ging in de tijd dat ik in het Radboudumc werkzaam was, heb ik alle arts-assistenten die hier sinds 1996 in opleiding zijn geweest een mini-enquête gestuurd. Dat waren 142 aios, van wie er 46 hebben gereageerd, dus slechts een derde, maar wel evenredig verdeeld over de gehele periode. Een vrouwelijke aios, in opleiding van 1994 tot 2000, vertelde het volgende:

*‘Bij mijn aannamegesprek vroeg de professor of ik getrouwd was (nee) en of ik van plan was dat te gaan doen (ja). Hij zei dat het niet de bedoeling was dat ik zwanger zou raken tijdens de opleiding en of ik dat kon beloven aan hem en mijn jonge collega’s. Ik heb eerlijk gezegd dat ik dat nog niet wist. Toen ik toch zwanger werd, werd er geen lelijk woord over gezegd, in ieder geval niet tegen mij. Ik draaide diensten tot 30 weken, maar moest dan wel avonddiensten doen tot 36 weken. Dat was dan van 08.00 tot 23.00 uur en de volgende dag was ik er weer vanaf 08.00 uur; ik kreeg extra diensten vóór de 30 weken en ook weer na terugkomst, om het minder diensten doen te compenseren.’*

Wat denkt u: hoeveel van de aios die vóór 2002 met hun opleiding waren gestart werkten er parttime? Helemaal niemand! En van de aios die ná 2002 met de opleiding waren gestart? Allemaal op twee na: een man en een vrouw, beiden zonder kinderen. Maar dat het, zeker voor mannen, niet direct werd geaccepteerd, blijkt uit de volgende citaten van een mannelijke aios, in opleiding van 2003 tot 2009:

*‘Toen ik op mijn eerste dag van de opleiding in een van de clusterklinieken startte als aios en een rondje handen schudde, gaf een van de gynaecologen mij geen hand. Hij zei: ‘Ik geef geen hand aan mannen die parttimen.’*

*‘Ik had avonddienst en mijn vrouw belde dat de weeën waren begonnen en dat ze 5 cm ontsluiting had. Ik had afgesproken dat ik gewoon diensten zou blijven doen, maar dat ik weg kon als mijn vrouw in partu was. Ik belde mijn supervisor – toevallig de opleider – en zei dat ik graag naar huis wilde, ik woonde in Utrecht. Hij zei dat het akkoord was, maar dat hij liever had dat ik pas ging als ze 8 cm ontsluiting had of meer.’*

Hoewel zwanger worden en parttime werken zowel voor aios gynaecologie, als voor gynaecologen inmiddels geheel geaccepteerd is, blijkt dat andere disciplines hier nog wat in te halen hebben. Kennelijk hebben we dat als gynaecologen nog niet voldoende uitgedragen. Daarom wil ik dat hier nogmaals heel duidelijk maken. Het belang van een goede start als baby is groot. Om de kans daarop te vergroten, betekent dit dat, naast een gezonde leefstijl en je zwangerschap niet langer uitstellen dan gewenst, ook op tijd rust nemen tijdens de zwangerschap belangrijk is. Dus: geen nachtdiensten meer vanaf

het moment dat de aios zwanger is. Daarbij is het essentieel dat de zwangere aios zich niet schuldig voelt jegens haar collega-aios, zoals vroeger vaak het geval was. Je collega's moesten immers harder werken als er weer iemand zwanger was.

Dit risico bestaat nu weer, aangezien de zogenaamde beschikbaarheidsbijdrage van de NZa niet wordt uitgekeerd voor een zwangere aios. Ik ben er trots op dat wij dit in het Radboudumc goed hebben geregeld, niet alleen voor de aios gynaecologie, maar in het hele ziekenhuis. Cathy van Beek heeft in 2013 vanuit de Raad van Bestuur een solidariteitsfonds zwangerschapsverlof opgericht. Vanuit dit fonds worden anios (arts niet in opleiding tot specialist) gefinancierd om een deel van de werkzaamheden van de zwangere aios op te vangen. Dit alles heeft erg geholpen. Dat de bekende slogan inmiddels is veranderd in 'Een slimme meid krijgt haar zwangerschap in Radboud-tijd', vind ik een positieve ontwikkeling. Wij zijn het aan onze stand verplicht om ook hier het goede voorbeeld te geven: elk kind heeft recht op een goede start, ook het kind van een toekomstig gynaecoloog!

Ook hier zien we weer een keuzemoment: wil je zwanger worden, stel het niet langer uit dan nodig, maar je moet niet alles tegelijk willen. Dus wordt het zwanger worden tijdens je opleiding óf een promotieonderzoek óf topsport...

Ik heb vanmiddag met u zeven verschillende keuzemomenten de revue laten passeren. U heeft gezien hoe moeilijk, ingrijpend en pittig deze keuzes vaak zijn. Ze zijn dan ook stuk voor stuk het wel overwegen waard. Vandaar mijn boodschap in een notendop: wat je ook kiest: kies wijs!

#### DANKWOORD

Ik dank het College van Bestuur van de Radboud Universiteit en de Raad van Bestuur van het Radboudumc en in het bijzonder Bertine Lahuis voor hun steun en het in mij gestelde vertrouwen. Ik heb hier met veel plezier gewerkt, en dat was vooral vanwege de goede onderlinge samenwerking. Mijn liefde voor de voortplantingsgeneeskunde dateert al van zo'n 44 jaar geleden, toen ik als student en proefpersoon professor Joop Schoemaker leerde kennen. Beste Joop, jij leerde me het vak en inspireerde en stimuleerde me in mijn wetenschappelijk carrière. Dankjewel!

De voortplantingsgeneeskunde is een prachtig vak dat ik in het Radboudumc met een geweldig team heb mogen uitoefenen. Wat ben ik trots op jullie. Heel veel dank allemaal, in het bijzonder Ina Beerendonk en Liliana Ramos. Beste Ina, dank voor de fijne samenwerking. Ik weet zeker dat de voortplantingsgeneeskunde bij jou in goede handen is. Beste Liliana, dank voor onze samenwerking hier en eerder in het Dijkzigt Ziekenhuis. Ik wil vandaag ook mijn opvolgster, professor Annemiek Nap veel succes wensen in haar carrière. Beste Annemiek, ik heb er alle vertrouwen in.

Graag wil ik mijn bedrijfsleider Joost Wagener bedanken. Beste Joost, we hebben de afgelopen zeven jaar intensief samengewerkt en in een tijd vol veranderingen veel

voor elkaar gekregen. Dank voor je vertrouwen en je steun, je was echt een maatje voor me. Ook Erwin Sponselee wil ik bedanken voor de fijne samenwerking in de periode daarvoor en vooral ook tijdens de JCI-audit.

Ik wil graag mijn collega-gynaecologen van de afdeling bedanken: Anne, Ina, Dagmar, Annemieke, Jeroen, Angelique, Joris, Mieke, Inge, Akosua, Maaïke, Wieteke, Olivier, Esther, Martine, Joanne, Metteke, Kirsten, Annemiek, Bertho, Kim, Pille, Hanny, Ralph, Esther, Marc, Marian, Tineke, Freke, Mallory en Petra. En natuurlijk ook alle oud-collega's. We hebben veel lief en leed gedeeld, dank voor het vertrouwen en de fijne samenwerking.

Dank ook aan de verloskundigen en verpleegkundigen van Q10, C5 en de OK-assistenten. Ik bedank Jacqueline Huisman en alle medewerkers van de poli, administratie en OK-planning. Ik wil hier met name jullie inzet tijdens de verschillende coronagolven noemen, jullie waren het eerste aanspreekpunt voor onze patiënten, moesten keer op keer vragen beantwoorden over op- en afschalen, vragen naar COVID-gerelateerde klachten, spreekuren aanpassen en looproutes COVID-proof maken. Dank jullie wel!

Dank ook aan het stafsecretariaat en vooral aan mijn secretaresse Sharon van Beek. Beste Sharon, dank voor je steun en het nauwgezet regelen van alles wat voor mij belangrijk was. Dank ook voor jouw grote bijdrage aan de organisatie van mijn afscheid. Wat was het fijn om met jou te werken.

Beste aios en oud-aios, het was me een eer en een genoegen om jullie opleider te mogen zijn. Dank voor de vele fijne gesprekken. Ik heb er veel van geleerd.

Beste gepromoveerden en promovendi. Wat een voorrecht om met zoveel getalenteerde mensen onderzoek te mogen doen. Veel dank voor jullie vertrouwen.

Beste studenten, wat is het toch mooi om bij jullie dezelfde passie te zien als die ik destijds had en nog steeds heb. Hou dat vast, we hebben een prachtig vak.

Ik wil vandaag ook alle patiënten bedanken voor het vertrouwen dat ze mij hebben gegeven en dat ze mij hebben geleerd hoe belangrijk het is om naar hen te luisteren en gezamenlijk een behandelplan te maken.

Ik dank mijn collega-afdelingshoofden voor de fijne samenwerking. We hebben turbulente tijden doorgemaakt, het was fijn om daar gezamenlijk in op te trekken en met elkaar te kunnen sparren. Daarbij kon ik ook altijd persoonlijk bij jullie terecht als ik daar behoefte aan had. Heel veel dank daarvoor. In het bijzonder wil ik professor Henri Marres bedanken. Wat hebben we samen veel meegemaakt sinds onze start in het bestuur van het Stafconvent in 2006. Dankjewel.

Dank ook aan alle collega's van het IWKV, in het bijzonder Anne van der Hidde.

En dan is er natuurlijk ons vrouwennetwerk, aanvankelijk DIVAS, later X Kwadraat. Dank aan mijn collega's van het bestuur van het eerste uur in 2007. We hebben veel bereikt samen, maar er is nog steeds werk aan de winkel. Alle talent moet immers worden benut, op alle niveaus. Het percentage vrouwelijke hoogleraren in het Radboudumc is al flink gestegen naar 29,7 procent, maar moet nog hoger.

Dank ook aan professor Angela Maas, die mij opvolgde als voorzitter, en professor Yvonne Engels, de huidige voorzitter. Vorig najaar was ik bij een inspirerende bijeenkomst over diversiteit en inclusie, waarbij onze decaan professor Jan Smit aan de hand van een persoonlijke ervaring zijn betrokkenheid liet zien bij dit onderwerp en beloofde zich hiervoor in te zullen zetten. Dankjewel Jan!

Ik dank mijn collega-hoogleraren Voortplantingsgeneeskunde voor de constructieve, maar vooral ook plezierige samenwerking.

Ik dank alle collega's die ik de afgelopen jaren in besturen, commissies, werkgroepen, stichtingen en verenigingen heb leren kennen en van wie ik veel heb geleerd.

Ik bedank de sprekers van het symposium van vandaag en Ina Beerendonk en professor Jan Kremer voor de organisatie. Ik heb ervan genoten!

Ik bedank alle familie, vrienden, vriendinnen en collega's voor hun aanwezigheid hier of via de livestream. En speciaal mijn vriendin Yvonne van Kasteren. Lieve Yvonne, jij bent nog even aan het werk, maar ik heb nu veel meer tijd om naar Alkmaar te komen. Dank voor je vriendschap.

Lieve Adrie, Ton, Ria en Carla, zwagers en schoonzusjes, op een dag als vandaag missen we Pa en Ma, fijn dat Ma van Toorn nog wel in ons midden is. Dank dat jullie er altijd voor me zijn.

Lieve Otto en Emma en schoonzoon Sjoerd, wat heb ik het getroffen met zulke fijne kinderen. Dank jullie wel voor jullie geduld met deze vaak drukke moeder.

Lieve T, sinds 1978 ben jij mijn stimulator, criticus en rots in de branding. Dankjewel! Zonder jou was het allemaal niet gelukt!

*Ik heb gezegd.*

## GERAADPLEEGDE LITERATUUR:

- Baldwin K, Culley L, Hudson N, Mitchell H. Running out of time: exploring women's motivations for social egg freezing. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2019; 40: 166-173.
- Cobo A, García-Velasco J, Domingo J, Pellicer A, Remohí J. Elective and Onco-fertility preservation: factors related to IVF outcomes. *Hum Reprod* 2018; 33: 2222-2231.
- Donnez J, Dolmans MM, Demylle D, Jadoul P, Pirard C, Squifflet J, Martinez-Madrid B, van Langendonckt A. Livebirth after orthotopic transplantation of cryopreserved ovarian tissue. *Lancet* 2004; 364: 1405-1410.
- Hammarberg K, Kirkman M, Prichard N, Hickey M, Peate M, McBain J, Agresta F, Bayly C, Fisher J. Reproductive experiences of women who cryopreserved oocytes for non-medical reasons. *Hum Reprod* 2017; 32: 575-581.
- Heffner LJ. Advanced maternal age – how old is too old? *N Engl J Med* 2004; 351: 1927-1929.
- Perined, Perinatale zorg in Nederland anno 2018 en anno 2019.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ): Uitstel van ouderschap: medisch of maatschappelijk probleem?; SIG 07/01, 2007.
- Staatscommissie Herijking ouderschap: Kind en ouders in de 21<sup>ste</sup> eeuw, 2016.
- Te Velde ER. Zwanger worden in de 21ste eeuw: steeds later, steeds kunstmatiger. Oratie Rijksuniversiteit Utrecht 1991
- Van den Berg M, Baysal O, Nelen WLDM, Braat DDM, Beerendonk CCM, Hermens RPMG. Professionals' barriers in female oncofertility care and strategies for improvement. *Hum Reprod* 2019; 34: 1074-1082.
- Verhaak CM, Smeenk MJ, van Minnen A, Kremer JAM, Kraaimaat FW. A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. *Hum Reprod* 2005; 20: 2253-2260.



